



CHAMBRE DES COMMUNES
HOUSE OF COMMONS
CANADA

Comité permanent de la condition féminine

FEWO



NUMÉRO 132



1^{re} SESSION



42^e LÉGISLATURE

TÉMOIGNAGES

Le mardi 26 février 2019



Présidente

Mme Karen Vecchio

Comité permanent de la condition féminine

Le mardi 26 février 2019

• (0845)

[Traduction]

La vice-présidente (Mme Pam Damoff (Oakville-Nord—Burlington, Lib.)): Bonjour.

Bienvenue à la 132^e séance du Comité permanent de la condition féminine. Cette séance est publique.

Nous allons aujourd'hui poursuivre notre étude des difficultés auxquelles font face les femmes âgées en portant une attention particulière aux facteurs qui contribuent à leur pauvreté et à leur vulnérabilité.

Au cours de la première heure, nous aurons le plaisir de recevoir les membres du conseil consultatif de la Hearing Health Alliance, Jean Holden et Valerie Spino. Puis, nous accueillerons le président et la directrice administrative de Pembina Active Living (55+), Robert Roehle et Alanna Jones.

Je vais maintenant céder la parole aux représentants de la Hearing Health Alliance pour que nous puissions entendre leur déclaration préliminaire.

Mme Jean Holden (membre du conseil consultatif, Hearing Health Alliance of Canada): Merci beaucoup, Pam.

Je m'appelle Jean Holden et je suis accompagnée de ma collègue, Valerie Spino. Nous témoignons au nom de la Hearing Health Alliance of Canada. Nous représentons un certain nombre de groupes, dont des consommateurs, des professionnels des soins de santé auditive, le secteur de l'audition et des fondations de tout le Canada. Au nom de la Hearing Health Alliance of Canada, nous remercions le Comité de nous avoir invitées à faire part de notre point de vue sur le sujet important et souvent négligé qu'est la santé auditive.

Au cours de nos réunions avec certains membres de la Chambre des communes et du Sénat, certains ont fait part d'expériences personnelles, notamment celles d'une mère et d'une grand-mère qui ont cessé de communiquer régulièrement avec leur famille et leurs amis en raison d'une perte auditive non prise en charge. Ceci illustre la situation de la plupart des personnes qui souffrent d'une perte auditive, qui attendent sept à dix ans avant de remédier à leur trouble auditif. La stigmatisation, les problèmes d'accès aux soins de santé et le manque de compréhension par la population et le système de soins de santé de l'incidence d'une perte auditive non prise en charge contribuent à ce délai.

La perte auditive est l'une des affections chroniques les plus courantes chez les aînés canadiens. Aujourd'hui, 78 % des 4,8 millions d'aînés canadiens souffrent d'une perte auditive mesurable. D'ici 2031, Statistique Canada estime que 5,1 millions de femmes seront des aînées. Nous pouvons donc prédire que près de 4 millions de femmes âgées pourraient présenter une perte auditive mesurable, ce qui aura des conséquences graves sur la santé des

femmes âgées et sur les services de soins de santé qui leur seront fournis.

Malgré les statistiques et les recherches fondées sur des preuves indiquant que la perte auditive est un problème très répandu qui a une incidence grave sur la santé des Canadiennes et Canadiens, et qui engendre des coûts importants pour les programmes gouvernementaux, la santé auditive reste un secteur à priorité faible pour les politiques publiques et de santé.

Les femmes subissent souvent une perte auditive à mesure qu'elles vieillissent. Il est courant qu'elles cessent peu à peu de participer aux activités sociales avec leurs familles, leurs amis et leurs communautés, parce que cela devient embarrassant et stressant, et qu'il leur faut beaucoup d'énergie pour faire face aux situations dans lesquelles elles ne peuvent plus participer comme avant.

Il n'est pas surprenant que les pertes auditives non prises en charge soient étroitement liées à la dépression, à l'anxiété et à la baisse de l'estime de soi. Les personnes isolées sur le plan social réduisent souvent leur niveau d'activité physique, ce qui contribue à l'apparition d'autres troubles de santé, comme l'hypertension, les cardiopathies et le diabète. Des recherches établissent également un lien clair entre la perte auditive non prise en charge chez les aînés et un affaiblissement intellectuel précoce, soit deux à sept ans plus tôt que chez les personnes ne souffrant pas de perte auditive.

La plupart des gens savent que la non-prise en charge d'une perte auditive est clairement liée à l'augmentation du risque de chutes. Ces risques augmentent avec la gravité de la perte auditive. Les chutes sont l'une des principales causes d'hospitalisation liée à une blessure chez les aînés. La blessure la plus courante est la fracture de la hanche, qui survient plus souvent chez les femmes. Les femmes qui subissent une fracture de la hanche ont beaucoup de difficulté à s'en remettre. Nombre d'entre elles sont admises dans des établissements de soins de longue durée onéreux, et 20 % à 40 % des aînés qui ont subi une fracture de la hanche décèdent dans l'année qui suit.

La perte auditive engendre également des risques en matière de sécurité, car les personnes ne peuvent pas entendre les alarmes, la circulation et les autres menaces audibles au cours de leurs activités quotidiennes. Il est clair qu'une bonne communication doit être assurée entre les médecins, les autres fournisseurs de soins de santé et les patients, pour que ces derniers puissent accéder aux soins de santé. Une mauvaise communication peut engendrer des erreurs de diagnostic parfois très graves et faire que les patients se trompent lorsqu'ils ne comprennent pas les consignes de leur fournisseur de soins de santé.

• (0850)

Je vais demander à Val de continuer. Elle va parler en français pour les membres francophones, et elle résumera nos recommandations en anglais à la fin.

[Français]

Mme Valerie Spino (membre du conseil consultatif, Hearing Health Alliance of Canada): Les répercussions sur la santé et les coûts résultant d'une perte d'audition non corrigée sont très bien documentés. Trop souvent, la perte d'audition non corrigée est liée à une multiplication des séjours à l'hôpital, à un taux de réadmission plus élevé et à une fréquence plus élevée d'erreurs médicales coûteuses. C'est le cas des admissions en soins de courte durée. De plus, nous savons que l'isolement, la dépression, le déclin cognitif et les chutes sont parmi les principales raisons de l'admission dans les établissements de soins de longue durée.

Le Canada n'est pas préparé aux défis liés à la perte auditive. Sur le plan culturel, la déficience auditive est souvent considérée comme une conséquence normale du vieillissement et est stigmatisée.

Souvent, le dépistage de la perte auditive ne fait pas partie d'un examen physique annuel. Plusieurs professionnels de la santé ignorent souvent les signes d'une perte d'audition, les répercussions d'une perte d'audition non corrigée et l'importance de résoudre le problème.

Tout cela crée de graves problèmes aux femmes âgées, particulièrement celles qui ont un revenu faible ou qui résident dans les communautés des Premières Nations. La plupart du temps, l'accès aux services de santé auditive n'est pas couvert par le système de santé, et ces services ne sont pas suffisamment disponibles dans les régions du Nord, des Premières Nations et aussi dans les régions rurales.

[Traduction]

L'un des objectifs de la Hearing Health Alliance of Canada est de faire en sorte qu'un plus grand nombre de femmes surveillent leur santé auditive. Le rôle des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux est de collaborer avec les différentes communautés d'intérêts en vue d'adopter des politiques et des mesures visant à promouvoir la santé auditive.

Tout d'abord, nous devons tous en faire beaucoup plus pour accroître la sensibilisation du public à la prévention de la perte auditive, afin de repérer la perte auditive, de la prendre en charge et de la déstigmatiser.

Deuxièmement, nous devons de toute urgence intégrer l'évaluation, le diagnostic, la prévention et le traitement de la perte auditive aux programmes de santé existants, et faciliter la collaboration entre les fournisseurs de soins de santé de première ligne, afin de promouvoir la santé auditive comme partie intégrante de l'état de santé général.

Troisièmement, les gouvernements doivent étudier les modèles existants de financement gouvernemental et d'avantages fiscaux, afin d'assurer un accès équitable aux soins de santé auditive et aux appareils fonctionnels.

Il ne fait aucun doute qu'en faisant de la santé auditive un enjeu de politique publique à priorité élevée, nous obtiendrons des avantages immédiats et à long terme sous la forme d'économies importantes pour notre système de soins de santé et d'une augmentation de la qualité de vie de nos aînés, en particulier des femmes.

Nous vous remercions de votre attention.

● (0855)

La vice-présidente (Mme Pam Damoff): Merci beaucoup pour votre exposé.

Je vais maintenant passer la parole aux représentants de Pembina Active Living pour que nous puissions entendre leur exposé.

M. Robert Roehle (président, Pembina Active Living (55+)): Merci, madame la présidente.

J'aimerais commencer par remercier le Comité d'avoir invité Pembina Active Living à se présenter devant lui.

Je m'appelle Bob Roehle et je suis le président de Pembina Active Living. Je suis accompagné d'Alanna Jones, qui est notre directrice administrative de longue date.

À titre d'aîné marié à une aînée, je suis très conscient de la gravité des problèmes et des difficultés auxquels font face les personnes âgées, en particulier les femmes âgées, notamment en matière d'accès au transport, de services de santé, de médicaments, de services de soins à domicile, de logement abordable, de justice, de veuvage et de solitude. Ces enjeux ont tous une incidence sur la qualité de la vie et devraient selon moi faire partie des droits de la citoyenneté canadienne. Toutefois, je tiens à préciser que notre expérience et nos commentaires seront davantage axés sur la question de l'inclusion sociale et de l'établissement de liens.

Je tenterai ce matin de vous donner un aperçu de Pembina Active Living, de qui nous sommes et de ce que nous faisons. Madame Jones, qui est membre de longue date de l'organisme et qui travaille sur le terrain, est prête à vous fournir des précisions.

Pembina Active Living a été créé en 2009 par quelques aînés qui avaient à coeur le bien-être de leur communauté du sud de Winnipeg et qui s'étaient réunis pour discuter des besoins de leur groupe de pairs qui, comme eux, avaient pris leur retraite et vivaient dans leur maison, leur condominium ou leur appartement. En se fondant sur leur propre expérience, ils ont réalisé qu'une grande partie de leur réseau social et de leurs relations étaient constitués de leurs collègues et de leurs enfants, et que maintenant qu'ils ne travaillaient plus et que les enfants étaient partis, il serait utile de créer un organisme qui relie ces âmes perdues à des personnes de leur génération, qui en sont au même stade de leur vie.

Pembina Active Living est né de ces discussions. Son mandat est simple: améliorer la qualité de vie des adultes âgés du sud de Winnipeg. En 2013, l'Agence du revenu du Canada a octroyé à Pembina Active Living le statut d'organisme de bienfaisance, ce qui lui a permis de délivrer des reçus d'impôt pour dons de bienfaisance à ces donateurs. À titre d'explication, Pembina Active Living est essentiellement un club communautaire ou un centre communautaire pour aînés.

Avec un financement annuel de la Winnipeg Regional Health Authority d'environ 40 000 \$, auquel s'ajoute des frais d'adhésion de 20 \$ par personne et une campagne permanente de financement, Pembina Active Living est en mesure d'employer une adjointe administrative et une directrice administrative à temps partiel. Cela lui permet de fonctionner deux jours et demi par semaine dans un espace peu adapté, situé dans une église locale. Cet espace est complété par la location de locaux dans des centres communautaires environnants, au besoin. Le nombre de membres de Pembina Active Living varie d'une année à l'autre et au cours de l'année en fonction des activités offertes. Pembina Active Living compte actuellement environ 450 membres et en a déjà compté 500.

Sans l'aide de plus de 100 bénévoles qui contribuent plus de 6 000 heures de leur temps, le budget annuel de 100 000 \$ de Pembina Active Living ne nous permettrait pas de faire ce que nous faisons actuellement ou d'offrir les services que nous offrons aux aînés.

Cette année, Pembina Active Living célébrera son 10^e anniversaire. Bien que nous soyons heureux des réalisations que nous avons obtenues à ce jour, nous avons encore beaucoup à faire. Outre la nécessité pressante de fonds d'exploitation supplémentaires, nos difficultés immédiates sont les suivantes:

Nous avons besoin de plus d'espace. Pembina Active Living doit avoir ses propres locaux permanents, un bureau spécial et un espace de stockage, et un centre d'accueil fonctionnant cinq jours par semaine, doté d'une cantine où l'on pourra servir du café et peut-être un repas léger à midi.

Nous devons accroître notre diversité. Nous devons trouver des façons plus efficaces et plus créatives de communiquer avec notre communauté autochtone, les nouveaux Canadiens et la communauté arc-en-ciel. Une subvention de 25 500 \$ qui nous a récemment été octroyée par le programme Nouveaux horizons du gouvernement fédéral et qui a été très appréciée devrait grandement nous aider à communiquer avec ces autres groupes.

Pour ce qui est de la cohésion et de l'établissement de liens, Pembina Active Living doit s'efforcer de devenir un centre pour aînés plus complet, et non un simple lieu où suivre des programmes d'exercice ponctuels bon marché.

• (0900)

Permettez-moi de clore mon exposé par une citation tirée d'un éditorial publié récemment dans le magazine Maclean's, où référence est faite à une étude réalisée par la psychologue Julianne Holt-Lunstad, de la Brigham Young University. Voici ce qu'indique le passage en question:

« Les preuves montrent actuellement que le manque de relations sociales s'accompagne d'un risque de mortalité plus élevé que celui de l'obésité. » Dans son étude, Mme Holt-Lunstad conclut que la solitude est comparable à la consommation de 15 cigarettes par jour. Elle est aussi dommageable pour la santé que la consommation d'alcool, l'inactivité physique ou la pollution atmosphérique, des risques qui reçoivent pourtant bien plus d'attention que la solitude.

Les humains sont des créatures sociales; le fait d'éluider les contacts humains nécessaires peut donc s'avérer préjudiciable pour leur santé physique et mentale. Je pense que cela s'applique tant aux jeunes qu'aux aînés de la société. C'est vraiment à cet égard que Pembina Active Living intervient, cherchant à accroître l'inclusion sociale des aînés du Sud de Winnipeg.

Merci.

Mme Alanna Jones (directrice générale, Pembina Active Living (55+)): Merci, Bob.

Je remercie le Comité de m'offrir l'occasion de témoigner.

Je voudrais remercier le gouvernement fédéral de son engagement à l'égard des aînés. Il a notamment créé un poste de ministre responsable des aînés, élaboré la Stratégie nationale pour les aînés et ouvert de nouveaux horizons pour les programmes destinés aux personnes âgées.

Vous savez que les centres pour aînés sont importants au sein de nos communautés. En encourageant le vieillissement actif et en santé, la participation au sein de la communauté et l'inclusion sociale, ils fournissent de précieuses ressources dans toutes les régions du Canada. Les recherches menées sur les centres pour aînés montrent que la participation sociale est associée à des avantages sociaux, mentaux et physiques, et qu'en favorisant l'échange de soutien social, ils protègent les aînés des effets négatifs de l'isolement sociale, ce qui en fait de précieuses ressources dans les communautés qu'ils servent. Comme les aînés forment maintenant le segment de la population qui croît le plus rapidement, le nombre d'aînés devant doubler au cours des deux prochaines décennies, on ne peut exagérer

l'importance des centres pour aînés pour le bien-être de cette cohorte démographique.

Pembina Active Living (55+), ou PAL, est une organisation sans but lucratif qui s'occupe des personnes âgées dans le Sud de Winnipeg. Le district de Fort Garry que nous servons comprend 11 communautés, couvre 77 kilomètres carrés et compte 18 775 adultes âgés de plus de 55 ans, soit plus de 25 % de la population de notre région.

PAL, conscient des besoins et des défis des aînés, s'emploie à élaborer des programmes et à offrir des occasions qui améliorent leur vie. Le bien-être des aînés constitue une des nos valeurs principales, et nous considérons que la vie active et l'inclusion sociale peuvent améliorer le bien-être physique et mental. Les recherches du Canadian Centre for Activity and Aging ont montré que les personnes en bonne forme physique risquent deux fois moins que les autres d'être dépendantes plus tard dans la vie. Dans ses astuces destinées aux personnes âgées, Santé Canada préconise deux heures et demie d'activité aérobie modérée à intense par semaine.

PAL s'attaque à la question en offrant des programmes hebdomadaires. Nous proposons plus de 20 programmes dans les communautés, notamment un entraînement pour aînés avec résistance et poids, des cours de yagalate, de la danse en ligne, du yoga et du zumba pour aînés, de la bicyclette, des parties de quilles, un club de jardinage et un groupe de rencontre sur l'heure du dîner. À cela s'ajoutent un groupe de cinéma, un programme d'écriture dans le cadre duquel neuf livres ont été publiés, des ateliers d'informatique, du tennis léger, trois activités communautaires annuelles, ainsi qu'une série de conférences traitant de bien-être, de loisirs et d'intérêts particuliers, lesquelles sont gratuites pour toute la communauté.

Tout cela est formidable pour ceux et celles qui peuvent se permettre de participer à nos programmes, mais un grand nombre de nos programmes et de nos activités ne sont pas à la portée de la bourse des nombreux aînés à faible revenu de notre communauté. En outre, le transport pour se rendre aux centres pour aînés et pour en revenir constitue l'obstacle le plus courant à la participation des aînés. Voilà deux problèmes que nous ne pouvons tout simplement pas résoudre avec nos ressources limitées.

PAL a beaucoup accompli en 10 ans avec très peu de ressources, et nous avons bien des raisons d'être fiers. Par contre, il y a bien des choses que nous ne pouvons pas faire et bien des gens que nous ne pouvons atteindre parce que nous ne disposons pas des ressources nécessaires. Nous sommes à la limite de ce que nous pouvons accomplir avec un effectif minimal et de groupe de bénévoles qui nous accordent déjà environ 500 heures par mois.

Pour pouvoir joindre les milliers d'aînés de notre communauté, dont un grand nombre souffrent d'isolement social et de solitude, nous avons besoin de soutien. Nous avons besoin d'un financement d'exploitation annuel stable, sans quoi nous ne pourrions accomplir notre mission. Nous pensons que les centres pour aînés sont parfaitement placés dans la communauté pour résoudre les divers problèmes auxquels les aînés sont confrontés aujourd'hui. C'est en accordant du financement direct à ces centres que le gouvernement fédéral peut avoir l'incidence la plus substantielle.

J'ajouterais seulement que nous n'avons pas traité précisément des femmes dans notre exposé, mais sachez que 70 % de nos membres sont des femmes.

Toutes ces questions ont des répercussions sur les femmes de nos communautés.

Merci beaucoup.

●(0905)

La vice-présidente (Mme Pam Damoff): Merci.

Nous allons maintenant entamer le premier tour de questions.

Bob Bratina, vous disposez de sept minutes.

M. Bob Bratina (Hamilton-Est—Stoney Creek, Lib.): Merci.

C'est un sujet fascinant.

En ce qui concerne tout d'abord la question de l'ouïe, le coût des appareils auditifs constitue un des gros problèmes. La confusion règne quant à ce qui fonctionne. Certaines publicités proposent des appareils à 29,95 \$ qui seraient aussi bons que des dispositifs à 5 000 \$. Auriez-vous des conseils à nous prodiguer à ce sujet? Existe-t-il un moyen de trouver de bons appareils à un prix décent?

[Français]

Mme Valerie Spino: Je vais répondre, car c'est mon travail quotidien de sortir les personnes âgées de l'isolement et de les aider à réintégrer leur vie sociale. Je suis audioprothésiste. Je passe donc mes journées à répondre à ces questions.

Oui, il existe une panoplie de technologies en ce qui concerne les prothèses auditives. Une prothèse auditive, c'est un ordinateur. Prenons l'exemple de deux ordinateurs dans un magasin d'électronique qui sont tout à fait pareils. Si on lance sur l'un d'eux un logiciel comme Word et qu'on navigue sur Internet en même temps, il fonctionnera difficilement, alors que sur l'autre, on peut lancer tous les logiciels en même temps et il fonctionnera bien.

Il y a un ordinateur à l'intérieur d'une prothèse auditive. Quand l'ordinateur est plus sophistiqué, il gèrera mieux le son. C'est certain qu'il permettra une meilleure compréhension de la parole et une meilleure audibilité. Les logiciels dans les prothèses auditives peuvent mettre l'accent sur les « s » et les « f » et contenir un réducteur de bruit. Il y a une panoplie de technologies.

On dit toujours que les meilleures prothèses, les plus haut de gamme, sont ce qui se rapproche le plus d'une audition normale. On utilise toutes les recherches et toute la technologie qui existe dans la fabrication des prothèses haut de gamme. Au fond, les plus récentes technologies sont utilisées pour concevoir une machine qui se rapproche le plus de l'oreille humaine.

Malheureusement, ce n'est pas tout le monde qui peut se permettre d'avoir la Ferrari des prothèses, ou la plus grosse et la plus performante des prothèses. Il y a donc une déclinaison de prothèses.

Pour travailler dans ce domaine, je sais qu'il y a une différence entre une prothèse d'entrée de gamme et une prothèse haut de gamme. Le rendement varie selon la qualité de la prothèse. Il ne fait aucun doute qu'il vaut mieux avoir une prothèse d'entrée de gamme que rien du tout. La science a compris il y a très longtemps qu'il vaut mieux avoir une prothèse dans chaque oreille que dans une seule. À une certaine époque, on ne mettait qu'une vitre dans les lunettes, mais on a vite compris que c'est avec les deux yeux qu'on voit en trois dimensions. Le principe est le même pour les oreilles.

Oui, il existe différentes qualités. Dans un monde idéal, utopique, tout le monde aurait des prothèses haut de gamme. C'est ce qu'il y aurait de mieux, mais, malheureusement, ce n'est pas la réalité. Cela dit, chaque niveau de qualité accrue est un petit gain pour le patient, c'est certain. On ne condamne pas le fait qu'il y ait des prothèses pour tous les budgets parce que, malheureusement, tout le monde n'a pas l'argent pour se permettre du haut de gamme.

●(0910)

[Traduction]

M. Bob Bratina: Jean.

Mme Jean Holden: Si on examine l'ensemble de la situation et considère les bienfaits de la prévention de la dépression, de l'isolement, de la solitude, du genre de problèmes qui vont de pair avec les chutes et du déclin cognitif précoce, l'investissement dans les appareils de santé auditive et quelques visites de suivi est minime en comparaison des coûts pour le système canadien de soins de santé si et quand les gens doivent y faire appel s'ils ne gèrent pas leur perte auditive.

M. Bob Bratina: Que recommanderiez-vous aux gens qui considèrent que le temps est venu d'envisager l'acquisition d'un appareil auditif et qui veulent se renseigner à ce sujet?

Ils pourraient se présenter chez des détaillants qui pourraient ne vouloir que leur vendre un appareil, alors qu'ils pourraient simplement vouloir de l'information.

Mme Jean Holden: Le mieux à faire est de consulter son médecin ou d'aller voir directement un audiologiste qui les dirigerait vers un professionnel des appareils auditifs. Ces derniers sont formés pour aider les gens à comprendre leur situation et l'incidence qu'elle peut avoir sur leur vie. Ils les guident au cours du processus de sélection de solutions.

Il est préférable de s'adresser à un professionnel formé pour comprendre ces comportements. Les fabricants ne sont pas vraiment accessibles directement au Canada. Certains commencent à proposer directement des produits aux consommateurs sur Internet en affirmant qu'il s'agit de solutions à bas prix, ce qui a déclenché tout un débat dans l'industrie, bien entendu. L'industrie ne veut pas seulement tenter de protéger ses services et ses ventes d'appareils techniques; elle veut s'assurer que les consommateurs aient les appareils dont ils ont besoin et qui sont sécuritaires pour eux.

Ces questions sont chaudement débattues au sein de la Food and Drug Administration, chez nos voisins du Sud, et aucune mesure n'a encore été adoptée.

M. Bob Bratina: En ce qui concerne la prévention de la perte auditive, les baby-boomers constituent la première génération rock-and-roll qui a été prévenue que la musique forte allait les rendre sourds.

Cet état de fait a-t-il été confirmé par l'étude longitudinale...

Mme Jean Holden: Il l'a certainement été. Le problème ne touche pas que les gens d'âge moyen et les adolescents qui écoutent maintenant leur musique sur les lecteurs MP3. À mesure qu'on vieillit, la perte auditive attribuable au bruit aggrave la perte auditive allant avec l'âge. Le problème est de taille.

Ici encore, il faut sensibiliser la population. Les familles doivent comprendre les problèmes relatifs à la perte d'audition chez les aînés. Des psychologues se sont penchés sur la question, et nous savons que le fait que la famille s'intéresse aux problèmes de perte d'audition de l'aîné constitue le principal facteur d'adoption et d'utilisation d'appareils auditifs.

M. Bob Bratina: Je tiens à m'excuser, car j'ai fait jouer du rock-and-roll quand j'étais animateur. Je suis navré.

Mme Jean Holden: Nous avons tous écouté du rock-and-roll.

La vice-présidente (Mme Pam Damoff): Merci beaucoup.

Rachael Harder, vous disposez de sept minutes.

Mme Rachael Harder (Lethbridge, PCC): Je vous remercie de prendre le temps de témoigner aujourd'hui pour nous faire part de votre expérience auprès des aînés au Canada.

Mes questions s'adressent principalement à Pembina Active Living.

Monsieur Roehle, je suis intriguée par ce que vous dites à propos du centre et des services que vous offrez. Je sais que dans ma ville de Lethbridge, en Alberta, j'ai observé la même chose. Ma communauté compte deux centres pour aînés prospères, où je vois les aînés se rendre. Ils y trouvent des relations gratifiantes et y ont accès à des programmes d'exercice et de sports, et à d'autres activités intéressantes dans des domaines comme l'artisanat et la technologie. Ils apprennent comment utiliser les ordinateurs et d'autres sources de TI.

Pourriez-vous nous en dire plus sur la raison pour laquelle ces centres sont si importants, particulièrement au chapitre de la prévention? J'ai entendu dire que bien des soins préventifs sont prodigués quand on donne accès à ce genre de centres, mais que ces soins sont offerts d'une manière que l'on n'associerait peut-être pas traditionnellement au terme « soins préventifs ». Ces soins ne s'inscrivent peut-être pas parmi ceux que donne un médecin, mais ils aident certainement les aînés de manière considérable.

● (0915)

M. Robert Roehle: Je pense que tout indique que si on garde les gens actifs, particulièrement les aînés, ils passent moins de temps à l'hôpital, dans les cabinets de médecins et dans les centres de soins.

L'immense majorité des données économiques sur les démarches visant à garder les gens actifs montre qu'il est bon de dépenser les deniers publics dans ce domaine. J'ignore ce qu'il en est dans les autres régions du Canada, mais à Winnipeg, par exemple, les clubs communautaires sont financés par la Ville. Historiquement, toutefois, ce sont les jeunes qui jouent au hockey, au soccer ou à ce genre de sports qui constituent le public cible auquel ils s'adressent dans le cadre de leur rôle.

Bien entendu, les familles sont plus petites. La cohorte des enfants est différente et comprend maintenant de nombreux Néo-Canadiens; ils ont donc tous des besoins différents. En outre, les aînés constituent maintenant une importante cohorte de la société. En fait, je pense avoir vu des chiffres indiquant qu'il y a plus de personnes de 65 ans et plus que de jeunes de moins de 15 ans, mais j'ignore si c'est au Manitoba ou au Canada. Je pense que les centres communautaires et les gouvernements doivent commencer à admettre la situation, car la très vaste majorité des données économiques montre qu'il faut garder les gens actifs et en bonne santé.

Mme Rachael Harder: Est-ce que l'un d'entre vous peut traiter de la maltraitance des aînés et me dire ce que vous avez observé à ce sujet? Que recommanderiez-vous de faire pour résoudre ce problème?

Mme Alanna Jones: Je ne peux personnellement pas traiter de la question, mais je sais que notre communauté comprend un coordonnateur de ressources, dont le poste est financé par la Winnipeg Regional Health Authority. Cette personne renvoie les dossiers aux autorités compétentes en cas de maltraitance des aînés, et des logements sont maintenant offerts aux personnes âgées maltraitées à Winnipeg en pareil cas. Ce poste de coordonnateur est étroitement lié à nous. Nous nous renvoyons mutuellement des

dossiers, mais nous n'avons pas reçu directement d'appel d'aînés maltraités. Je n'ai personnellement entendu aucune histoire de maltraitance, mais je sais qu'il y en a et que des ressources sont offertes en pareil cas.

Mme Rachael Harder: Si une personne est victime de maltraitance dans votre communauté, à quel endroit serait-elle la plus susceptible de signaler la situation? Si ce n'est pas à votre centre, où irait-elle?

Mme Alanna Jones: Elle s'adresserait au Fort Garry Seniors Resource Council, une ressource distincte destinée aux aînés qui renvoie aux autorités compétentes les dossiers de maltraitance des aînés, d'entretien ménager et de recherche de médecin et de ressources. Dans de nombreux quartiers de Winnipeg, le coordonnateur de ressources est en rapport avec le centre pour aînés.

Pour notre part, nous n'avons pas de centre ou d'installation. Je travaille à domicile. Nous n'avons pas encore de local où les aînés peuvent se présenter. Nous nous employons à rectifier la situation.

Dans d'autres communautés, la personne permettant de trouver des ressources est directement au centre; les services sont donc coordonnés. Nous ne disposons pas encore de ce service dans notre territoire.

● (0920)

Mme Rachael Harder: Selon vos observations, certaines difficultés sont-elles plus fréquentes chez les femmes que les hommes?

Mme Alanna Jones: Ce sont surtout des femmes qui fréquentent le centre. Nous faisons des pieds et des mains pour inciter les hommes à venir. Selon ce que nous pouvons voir, les hommes s'impliquent principalement au sein de la direction, alors que les femmes viennent pour prendre part aux programmes.

Je pense que le problème de transport constitue un obstacle important. À mesure qu'ils vieillissent et ne sont plus capables de conduire, les gens hésitent de plus en plus à venir à nos activités. Bien entendu, ils passent ainsi de plus en plus de temps chez eux et s'isolent; la solitude devient alors un problème. Je pense que le transport constitue actuellement un problème énorme dans notre province. C'est probablement un des plus gros obstacles, avec l'abordabilité des programmes.

Mme Rachael Harder: Qu'en est-il de l'accès au logement et de l'accessibilité?

La vice-présidente (Mme Pam Damoff): Vous disposez de 15 secondes pour répondre brièvement.

Mme Alanna Jones: Ce n'est pas une question dont le centre pour aînés s'occupe. Je le répète, nous n'avons pas de centre où les gens se côtoient pour échanger et jaser. Nous offrons des programmes dans des locaux satellites où les animateurs et les participants se rendent. Personnellement, je ne m'occupe pas du tout du logement.

Mme Rachael Harder: Merci.

La vice-présidente (Mme Pam Damoff): Nous accordons maintenant la parole à Irene Mathysen pour sept minutes.

Mme Irene Mathysen (London—Fanshawe, NPD): Je vous remercie de comparaître. Merci de faire ce que vous faites.

J'ai été, à une époque, porte-parole pour les aînés. J'avais alors découvert qu'on n'accorde pas aux aînés toute l'importance qu'ils méritent. Les aînés de nos communautés vous tiennent manifestement à cœur. Comme quelqu'un l'a fait remarquer, leur cohorte doublera au cours des vingt prochaines années environ. Les aînés formeront 25 % de la population et nous devons en prendre soin, car ils ont pris soin de nous et ils sont importants.

Je veux vous interroger sur tout un éventail de questions. Vous avez indiqué que PAL (55+) sert un vaste territoire et considère que le transport constitue un problème de taille. Bien entendu, de nombreux aînés craignent de prendre le volant, car la conduite automobile est plus complexe que jamais. Que recommanderiez-vous de faire pour résoudre ce problème? Faut-il améliorer les transports en commun? Doit-on offrir du financement pour les véhicules ou les autobus?

Mme Alanna Jones: Je pense à Bob, un membre de notre conseil d'administration qui est en train de cesser de conduire. Il a un scooter et est donc très mobile. Bien entendu, il lui est difficile de l'utiliser à l'année en raison du temps qu'il fait ici et du nettoyage des rues.

Pour certains, toutefois, la mobilité et l'accessibilité constituent un problème. Même si quelqu'un se sent à l'aise d'emprunter les transports en commun ou même de faire appel à Handi-Transit, il est souvent difficile de se rendre à l'arrêt autobus en raison de ces problèmes.

Nous nous attaquons à la question dans le cadre de certains programmes. Nous avons offert des cours de conduite aux aînés à plusieurs reprises. En outre, la société de transport en commun s'emploie à aider les personnes âgées à comprendre le fonctionnement du réseau, comme les diverses technologies dont les autobus sont maintenant dotés et la manière de monter dans les autobus et d'en descendre.

L'éducation des aînés constitue aussi une manière importante de s'attaquer au problème pour qu'ils connaissent les solutions qui s'offrent à eux. Au Manitoba, Transportation Options Network for Seniors examine activement le problème à l'échelle municipale. Mais même si un groupe déterminé se penche sur la question, le transport demeure un défi.

● (0925)

Mme Irene Mathysen: Il a été question du financement. Vous avez parlé des droits d'adhésion, soulignant, bien entendu, que ces frais éliminent un important groupe de personnes qui n'ont pas les moyens de les payer. J'aimerais savoir ce que vous avez à dire au sujet du financement fédéral.

Monsieur Roehle, ai-je bien compris que vous en recevez? S'agit-il de financement de programme ou de financement de base? Le financement de base vous aiderait-il dans le cadre de vos activités?

M. Robert Roehle: Il est évident qu'un financement de base nous aiderait s'il était récurrent. Nous dépendons surtout du financement par projet. La subvention Nouveaux Horizons que nous avons reçue récemment est en fait une subvention de sensibilisation du public. Nous voulons en effet sensibiliser les nouveaux Canadiens, la population autochtone, la population arc-en-ciel, etc. Pour l'instant, nous n'offrons nos services que deux jours et demi par semaine. Notre personnel travaille à temps partiel. Nous devrions vraiment être ouverts au moins cinq jours par semaine.

Mme Irene Mathysen: Tout le temps que vous passez à chercher des miettes pourrait être investi bien plus efficacement dans vos programmes et vos services si vous n'aviez pas à vous inquiéter du financement par projet.

On a entendu dire que la perte auditive amplifiait les problèmes cognitifs. On entend de plus en plus parler de la démence et de l'Alzheimer. Ce sont des enjeux auxquels toutes les familles sont confrontées d'une manière ou d'une autre.

On parle constamment de la recherche, de la nécessité d'étudier ces enjeux importants. Est-ce une chose que vous entendez aussi ou qui correspond à votre expérience?

Mme Jean Holden: Tout à fait. Il y a beaucoup de recherche qui se fait pour essayer de comprendre le lien entre la perte auditive et la démence. Nous savons qu'il y a des études publiées, bien conçues et ayant été révisées par des pairs qui établissent un lien entre le déclin cognitif et la démence, mais il reste encore beaucoup à faire pour vraiment comprendre le lien entre la perte auditive, le déclin cognitif et la démence.

Il y a beaucoup de travaux en cours au Canada et dans d'autres grands centres du monde pour essayer de comprendre les fonctions du cerveau et toutes ces relations.

Il y a plusieurs théories. L'une des théories pour expliquer le lien entre le déclin cognitif et la perte auditive, c'est que le cerveau est surchargé à force d'essayer de compenser pour les signaux qu'il ne reçoit pas. Selon d'autres théories, les fonctions du cerveau déclinent lentement et mourraient faute d'exercice, un peu comme on fait faire de l'exercice au corps.

C'est le genre de choses qu'on étudie. Les chercheurs étudient les liens de causalité possibles entre la perte auditive et la démence. C'est vraiment dans notre ligne de mire et c'est un domaine de recherche de premier plan.

Mme Irene Mathysen: On parle des effets du manque de financement sur les personnes et les collectivités. Je me demande si vous avez eu la chance de réfléchir à son effet sur la famille élargie.

La vice-présidente (Mme Pam Damoff): C'est malheureusement tout le temps que vous aviez.

Pouvez-vous répondre très rapidement?

Mme Jean Holden: Rapidement, oui, cela crée beaucoup de stress pour la famille élargie, la communauté et les soignants. Vous pouvez comprendre que cela mène à la dépression et à toutes sortes d'autres difficultés.

Mme Irene Mathysen: Merci.

La vice-présidente (Mme Pam Damoff): Passons maintenant à Sonia Sidhu pour sept minutes.

Mme Sonia Sidhu (Brampton-Sud, Lib.): Je vous remercie tous de votre présence ici. Vos témoignages sont excellents.

J'ai vécu à Winnipeg, près de l'autoroute Pembina. Je vous félicite pour votre dixième anniversaire et vous remercie de venir en aide à nos aînés.

J'entends qu'il y a de la stigmatisation et qu'il faut de 7 à 10 ans pour déterminer si une personne âgée a des pertes cognitives. Comment pouvons-nous mieux sensibiliser la population pour qu'on s'en rende compte quand des personnes éprouvent ce problème?

● (0930)

Mme Jean Holden: Il faut organiser des campagnes de sensibilisation du public percutantes. Il faut qu'elles soient diffusées partout, pour que les familles qui viennent en aide à des aînés et les aînés eux-mêmes comprennent que la perte d'audition est un problème grave, mais qu'elle ne devrait pas être considérée comme quelque chose de terrible quand on vieillit.

Il y a de la stigmatisation. Les gens associent la perte auditive à tout ce qui vient avec le vieillissement et ils ne veulent pas admettre qu'ils vieillissent. Certaines des personnes que nous avons interrogées dans nos activités de sensibilisation admettent souffrir elles-mêmes d'une perte auditive, qui a une incidence sur leurs activités quotidiennes et leur aptitude à continuer de faire leur travail, mais elles ne veulent pas l'admettre à leurs collègues. Elles ne veulent pas s'en occuper.

C'est un problème. De même, comme la perte auditive est graduelle, les gens ne se rendent pas vraiment compte qu'au fil du temps, ils changent d'activités afin de compenser leur perte auditive. Ils ne se rendent pas compte qu'ils compliquent la vie aux gens autour d'eux, qu'ils perdent de leurs facultés et qu'ils deviennent de plus en plus isolés. C'est un processus graduel, et c'est problématique.

Il faut organiser une campagne publique.

Nous constatons aussi que dans le système de santé lui-même, les membres du personnel hospitalier — les médecins, les infirmières, les physiothérapeutes — ne comprennent pas que le patient avec qui ils travaillent ne comprend pas un mot de ce qu'ils disent. Nous avons vu des personnes envoyées voir un spécialiste pour une évaluation de la démence, qui n'avaient aucun autre problème qu'une perte auditive. Une fois ce problème corrigé, ces personnes ont graduellement pu rétablir le contact avec les gens et vivre une vie saine.

Mme Sonia Sidhu: Y aurait-il moyen de rassembler des données en un seul et même endroit et de leur faire parvenir? Y a-t-il un centre qui recueille des données à cet égard?

Mme Jean Holden: Il y a des études en cours.

Il y a l'Étude longitudinale canadienne sur le vieillissement. Je suis sûre que vous en avez entendu parler. Nous avons eu la chance d'encourager les chercheurs à inclure à leurs travaux non seulement une analyse des sondages, mais également des tests audiométriques. Il y a un article qui a été publié (et trois autres le seront bientôt) sur les caractéristiques des personnes souffrant d'une perte auditive au Canada. Cette étude porte sur 50 000 Canadiens qui avaient déjà plus de 45 ans au début de l'étude, et l'évaluation se répète tous les trois ans.

Ces données devraient être publiées bientôt.

Les Canadiens ont aussi accès à la littérature d'autres pays, comme le Royaume-Uni, les États-Unis et l'Australie, qui nous aide à expliquer que c'est un problème grave ayant des conséquences graves.

Mme Sonia Sidhu: Y a-t-il un pays, à votre connaissance, qui soit exemplaire à cet égard?

Mme Jean Holden: Nous avons tous de la misère.

L'Australie paie tous les services et les appareils dont bénéficient ses personnes âgées. Le Royaume-Uni fait de même. D'ailleurs, pour mentionner un autre problème répandu, le Royaume-Uni a nommé un ministre de la Solitude, parce que c'est un énorme problème. La perte auditive mène à la solitude, tout comme l'inactivité.

Mme Sonia Sidhu: Merci.

Ma prochaine question s'adresse à M. Roehle. Offrez-vous des services spéciaux aux personnes âgées qui se heurtent à des barrières linguistiques?

M. Robert Roehle: Non, nous n'avons pas vraiment établi de pont avec les personnes qui parlent une autre langue. C'est l'une des choses auxquelles nous souhaitons nous attaquer grâce à cette

subvention. Nous voulons trouver une façon de créer le pont avec les nouveaux Canadiens, par exemple, et ceux qui parlent une autre langue, pour pouvoir leur offrir des programmes un peu mieux adaptés à leurs cultures.

• (0935)

Mme Sonia Sidhu: Quels en sont les effets sur les aînés quand leurs besoins ne sont pas comblés? Où vont-ils, par exemple, quand ils n'ont pas de moyen de transport?

De même, avez-vous des liens avec les autres ordres de gouvernement? Je représente la circonscription de Brampton-Sud, où il existe quelques programmes. Nous offrons un service de déneigement. Le conseil municipal ira voir votre groupe pour vous en parler. Y a-t-il un système, dans votre organisation, par lequel les dirigeants des divers ordres de gouvernement peuvent vous faire part de leurs besoins?

M. Robert Roehle: Nous avons un cycle de conférenciers ouvert à tous, où les gens peuvent venir parler de sujets d'intérêt pour les aînés, comme Alanna l'a mentionné, comme la conduite, la médication et toutes sortes d'autres choses. Cependant, nous n'abordons probablement pas tous les sujets que nous devrions aborder pour nous attaquer en profondeur à la solitude; le transport, par exemple.

Mme Sonia Sidhu: Merci.

La vice-présidente (Mme Pam Damoff): Nous n'avons plus beaucoup de temps, donc pour le prochain tour, je donnerai quatre minutes chacune à Mme Leitch et Mme Duguid.

Kellie, la parole est à vous.

L'hon. K. Kellie Leitch (Simcoe—Grey, PCC): Je vous remercie tous et toutes d'avoir pris le temps aujourd'hui de venir avec nous.

Je connais personnellement ce problème. Il y a un monsieur dans ma vie du nom de Kit Leitch, qui est mon père. Ses petits-enfants lui disent souvent affectueusement « papa, mets tes oreilles », parce que pendant longtemps, il ne voulait pas s'attaquer à son problème de perte auditive. C'est notre seul grand-parent, et cela a vraiment changé notre vie, mais c'est très évident quand il ne porte pas ses appareils, c'est même renversant.

Cela dit, notre famille a dû se pencher sur la question des coûts, et nous avons la chance de pouvoir les absorber.

Ma question s'adresse à vous tous. Je suis certaine que vous êtes aussi confrontés à ce problème central. Il y a probablement beaucoup de vos participants qui utilisent couramment des appareils auditifs. Mais il n'y a pas que le coût de l'appareil lui-même à prendre en considération, il y a aussi celui des piles, de l'entretien et de tout le reste. Quelle recommandation auriez-vous à faire à notre comité pour régler ce problème?

Je sais bien qu'on nous dira que le gouvernement devrait payer pour cela, mais je pense que le plus utile pour nous et pour le Comité, c'est que vous soyez précis. Par exemple, nous savons que les pompes à insuline ont été ajoutées à la liste des appareils médicaux admissibles à un financement fédéral au cours des cinq dernières années. Y a-t-il des éléments particuliers de la politique publique qui aideraient?

Mme Jean Holden: Pour les piles — je sais qu'elles peuvent coûter très cher chaque mois —, les fabricants produisent maintenant des appareils auditifs rechargeables, ce qui est super.

Pour ce qui est du financement, l'aide offerte dans les différentes régions du pays est très déséquilibrée. Certaines en offrent plus que d'autres. En Ontario, le programme des appareils fonctionnels prévoit 500 \$ par appareil auditif, et s'il doit être remplacé, il ne faut pas compter sur de l'aide.

Je pense qu'il y aurait lieu d'en offrir plus pour économiser, justement, parce que si on le faisait, on économiserait en admissions dans les centres de soins de longue durée, on économiserait dans les soins pour blessures et fractures de la hanche causées par des chutes et on économiserait en consultations médicales lorsque le déclin cognitif commence. Il faut le voir comme un investissement dans le système de santé, quelque chose qui nous rapportera à long terme.

L'hon. K. Kellie Leitch: Je m'adresse aux représentants des deux organisations, puisque vous avez tous mis l'accent sur la prévention et l'éducation.

Avez-vous de la littérature scientifique? Avez-vous des statistiques à nous communiquer? Je suis une professionnelle de la santé, je suis chirurgienne pédiatrique, et à ce titre, je ne suis pas confrontée à la perte auditive, à moins qu'elle ne soit de naissance. En toute déférence pour mes collègues, particulièrement les membres de l'Association des infirmières et des infirmiers du Canada, il serait extrêmement utile que des entreprises ou des associations comme les vôtres leur expliquent précisément quels sont les problèmes avec lesquels les aînés doivent composer, plutôt qu'ils ne doivent les deviner.

Y a-t-il de la littérature dans l'industrie qui pourrait être mise à leur disposition? Je sais qu'il y a des associations de personnes âgées. Dans ma circonscription, le Wasaga Beach Prime Time Club m'informe fréquemment des problèmes de ses membres. Y a-t-il de la documentation qui existe?

• (0940)

Mme Jean Holden: Nous pouvons vous faire parvenir de la documentation, même si nous devons l'écrire demain.

Nous savons tous ce qui doit être compris. Les professionnels de la santé doivent comprendre les conséquences de la perte auditive et comment une personne se comportera devant eux si elle ne les comprend pas...

L'hon. K. Kellie Leitch: Oui, c'est un problème de facultés.

Alanna, alliez-vous dire quelque chose, brièvement?

La vice-présidente (Mme Pam Damoff): Très brièvement. Nous avons dépassé le temps imparti.

Mme Alanna Jones: J'allais seulement dire que dans le fond... Je ne suis pas certaine que vous ayez tous reçu copie de notre mémoire, mais j'y donne les références de toutes les données que je cite. Il y a une petite note en bas de page où vous trouverez la liste de nos études.

L'hon. K. Kellie Leitch: Merci beaucoup.

La vice-présidente (Mme Pam Damoff): Nous le ferons traduire et circuler.

Le dernier tour de parole ira à Terry Duguid.

M. Terry Duguid (Winnipeg-Sud, Lib.): Je vous souhaite la bienvenue à Ottawa. Vous avez droit à la météo de Winnipeg à Ottawa.

Je pensais vous arracher un petit sourire avec cela. Tant pis.

L'hon. K. Kellie Leitch: J'ai ri, Terry.

M. Terry Duguid: Merci, Kellie.

Vos exposés étaient excellents, et vous faites un travail formidable sur le terrain. J'en suis très conscient, et je vois que vous faites une différence dans la vie des aînés.

Je m'intéresse beaucoup au changement démographique dont vous faites état, non seulement à Winnipeg mais partout au pays, ainsi qu'aux défis particuliers auxquels vous êtes confrontés. Il y en a deux importants, entre autres, soit l'espace et bien sûr, les coûts liés aux locaux et à l'exécution de votre programme.

Il se trouve que je connais le centre communautaire St. Norbert où vous offrez certains de vos programmes. Malheureusement, vous devez vous éparpiller plutôt que d'offrir tous vos services au même endroit, mais ce centre est vide le jour, il n'est pas utilisé. C'est non seulement un gaspillage d'espace, mais c'est une perte d'investissement dans ce qui pourrait profiter beaucoup aux personnes âgées, entre autres.

Y a-t-il un modèle quelque part au Canada que vous avez examiné? Je connais l'établissement Good Neighbours, à East Kildonan, qui est ce qu'on appelle un centre intergénérationnel. Il accueille des personnes âgées le jour, puis des jeunes et des familles le soir. C'est l'un des modèles possibles. Je sais que c'est quand même difficile financièrement pour eux à cause de tous les coûts de fonctionnement. Encore une fois, compte tenu du phénomène de vieillissement de la population partout au Canada et du fait que les centres communautaires sont pour la plupart vacants le jour, ce n'est pas un phénomène isolé.

Pourrait-il y avoir un genre de programme national qui permettrait aux trois ordres de gouvernement de se concerter pour voir comment nous pourrions utiliser ces espaces et ces ressources plus efficacement pour améliorer la santé des gens, comme vous le dites?

M. Robert Roehle: Je suis certain que ce serait possible. Vous avez mentionné l'entente entre les Good Neighbours et le groupe communautaire du Bronx. Nous avons parlé à la municipalité de ce genre de partenariat. La municipalité est assez ouverte à cela ces temps-ci parce qu'elle voit que le système ne fonctionne pas particulièrement bien.

Pour sa part, Pembina Active Living a justement fait une proposition au centre communautaire St. Norbert pour faire essentiellement ce que vous proposez. L'idée, c'est que les aînés préfèrent ne pas sortir une fois la noirceur tombée et donc, que leurs activités se tiennent toutes le jour — c'est ce qu'ils préfèrent —, alors que les groupes communautaires n'ont généralement pas grand-chose à offrir le jour. Nous essayons de trouver une solution. Cela passerait par une entente entre propriétaire et locataire à court terme.

Je ne sais pas s'il existe un autre modèle. J'ai proposé à la municipalité qu'on réfléchisse à un nouveau modèle, mais je n'ai pas encore eu de réponse, donc je présume que c'était sa réponse.

M. Terry Duguid: Cela pourrait bien être renvoyé au politique pour discussion sur la forme que cela pourrait prendre.

M. Robert Roehle: Oui, c'est ce que je pense. Je crois que ce serait bien, parce qu'il y a beaucoup d'aînés au pays. Certaines régions, comme le Manitoba, en ont encore plus que d'autres. Je pense que les gouvernements devront s'en occuper, parce que ces personnes votent.

• (0945)

M. Terry Duguid: Comme vous le savez, nous planifions ouvrir un grand centre des loisirs dans la région et en temps et lieu, les centres communautaires des environs risquent de devenir vacants matin, midi et soir. Nous devons leur trouver de nouvelles fonctions, et nous devrions peut-être commencer à y réfléchir dès maintenant. Encore une fois, ce n'est pas un phénomène unique à Winnipeg, c'est la même chose partout au pays en raison du changement démographique.

M. Robert Roehle: Il y a deux objectifs contradictoires. Pour des raisons économiques, la ville voudrait établir un grand campus dans un endroit central dans le Sud de Winnipeg. En même temps, les urbanistes et les personnes...

La vice-présidente (Mme Pam Damoff): C'est tout le temps que vous aviez.

M. Robert Roehle: Oui, les urbanistes aimeraient qu'il y ait des centres communautaires où tout le monde peut se rendre à pied.

La vice-présidente (Mme Pam Damoff): J'aimerais remercier tous nos témoins de leur présence parmi nous ce matin. Vos témoignages nous ont beaucoup aidés dans notre étude. Nous interrompons maintenant très brièvement nos travaux, le temps de laisser le deuxième groupe s'installer.

• (0945)

(Pause)

• (0950)

La vice-présidente (Mme Pam Damoff): Je demanderai à tous de reprendre leur siège pour que nous puissions commencer.

Avant toute chose, je mentionne que les deux témoins nous ont remis des présentations PowerPoint en anglais seulement. Ai-je votre consentement unanime, à main levée, pour que ces présentations soient déposées en anglais seulement?

(La motion est rejetée.)

La présidente: Nous n'avons pas le consentement unanime, donc nous ne pouvons pas les utiliser. Nous pourrions toutefois les faire traduire et les transmettre ultérieurement aux membres du Comité.

Notre prochain témoin est Lori Weeks, professeure à l'École des sciences infirmières de la Dalhousie University.

Nous recevons aussi Tania Dick, représentante de l'île de Vancouver, en Colombie-Britannique, au First Nations Health Council.

Je pense que nous commencerons par la vidéoconférence, juste au cas où nous perdriions le signal.

La parole est à vous, madame Weeks.

Dre Lori Weeks (professeure agrégée, École des sciences infirmières, Dalhousie University): Merci beaucoup de m'avoir invitée à vous présenter cet exposé. Je suis désolée de ne pas pouvoir témoigner en personne. Je suis très heureuse que votre comité se penche sur les besoins des femmes âgées. C'est certes un groupe démographique qui a sa large part de problèmes mais qui ne reçoit pas beaucoup d'attention. Je vous félicite donc vraiment pour votre travail.

On m'a demandé de vous parler des facteurs contribuant à la pauvreté et à la vulnérabilité des femmes, et j'ose espérer que vous aurez éventuellement accès à mes diapositives.

Il faut déplorer de nombreux effets croisés attribuables à l'âgeisme et au sexisme. C'est vraiment au cœur du problème à mes yeux, et c'est ce dont je vais parler aujourd'hui. Parmi les aînées, il y a

différents groupes de femmes qui sont davantage vulnérables en raison d'autres facteurs qui entrent en jeu.

Je suis ravie que vous receviez également une personne qui pourra vous parler des enjeux autochtones dans le contexte du vieillissement. Je ne vais donc pas m'attarder sur cet élément, mais cela demeure une autre considération pouvant expliquer la vulnérabilité des aînées.

Nous savons que les femmes âgées forment un groupe qui est loin d'être homogène. De nombreuses femmes âgées au Canada sont également membres d'une minorité visible, une autre caractéristique qui peut influencer grandement sur leur situation lorsqu'elles avancent en âge.

Je veux d'abord que nous parlions de l'industrie anti-vieillessement. Elle est marquée par une discrimination manifeste envers les femmes âgées. Peu importe le média que vous consultez ou que vous regardez, vous allez tomber rapidement sur des annonces qui cherchent en fait à vous exposer les raisons pour lesquelles les personnes âgées, et les femmes tout particulièrement, ne devraient pas avoir l'air vieilles. Je crois que nous devons vraiment jeter un oeil critique sur ces stratégies. Nous n'avons pas de réclames commerciales essayant de nous faire comprendre pourquoi c'est une mauvaise chose d'être une femme ou un jeune, mais bien des efforts sont déployés au sein de notre société pour s'assurer que les aînées ne fassent pas leur âge.

J'estime que c'est un enjeu dont nous devons discuter, car des changements s'imposent à l'égard de cette forme très manifeste de discrimination qui sévit dans notre société. Je tenais à préciser cela très clairement d'entrée de jeu. Je donne un cours sur les femmes et le vieillissement qui me permet d'avoir une foule de merveilleux échanges avec mes étudiantes, plus jeunes pour la plupart, qui ont déjà absorbé ces messages prônant la nécessité de paraître jeune. Je pense que nous devrions multiplier les campagnes de marketing social et les initiatives remettant en question cette discrimination flagrante à l'encontre des femmes âgées dans notre société.

Je suis persuadée que vous connaissez tous très bien l'évolution démographique de notre population vieillissante, mais nous insistons beaucoup moins sur le fait que les femmes sont plus nombreuses que les hommes parmi nos aînés — et vous verrez des statistiques à ce sujet dans mes diapositives — surtout lorsqu'on avance en âge. Chez les sexagénaires, il y a à peu près le même nombre d'hommes et de femmes, mais la part de ces dernières augmente régulièrement avec les années. À titre d'exemple, les femmes comptent maintenant pour environ 90 % des centenaires. La proportion de femmes augmente donc sans cesse avec l'âge.

Les femmes âgées sont touchées de façon disproportionnée lorsque des problèmes affectent nos services et mesures de soutien à l'intention des aînés vulnérables, comme les soins à domicile, les programmes communautaires et les établissements de soins de longue durée. Toutes les fois qu'il y a des listes d'attente ou que le financement consacré à ces services est insuffisant, ce sont d'abord et avant tout les femmes aînées qui en souffrent.

Il y a une autre considération démographique importante que je souhaite porter à votre attention. Lorsqu'elles avancent en âge, les femmes deviennent proportionnellement moins nombreuses que les hommes à vivre en couple. Les hommes âgés sont très nombreux à avoir une conjointe. Parce qu'elles vivent plus longtemps et qu'elles ont souvent un partenaire plus vieux qu'elles, les femmes se retrouvent plus fréquemment à vieillir sans partenaire. Elles sont donc plus nombreuses à vivre seules et à ne pas avoir un conjoint qui pourrait leur prodiguer des soins.

Une très forte proportion des aînés canadiens vivent seuls, et c'est tout particulièrement le cas pour les femmes. Nous savons que l'isolement social peut entraîner sa large part de difficultés. Il a un impact majeur sur la santé physique et cognitive. Tous les efforts déployés pour réduire l'isolement social chez nos aînés, et surtout chez nos femmes âgées, revêtent donc une importance capitale.

• (0955)

Voilà déjà plusieurs années maintenant que je m'investis vraiment dans la recherche sur le logement pour les personnes âgées. Je m'intéresse surtout aux solutions de logement qui favorisent l'engagement social. Il y a certaines formes de logement qui sont réellement intéressantes et novatrices. Je pense notamment à ce qu'on appelle les cohabitats. Je ne suis pas certaine que vous soyez nombreux à savoir exactement à quoi je fais référence.

Il y a quelques exemples de cohabitats au Canada. Ils sont très rares sur la côte Est d'où je viens. On en trouve davantage dans le Canada central et dans l'ouest du pays. Il s'agit pour plusieurs personnes de se réunir pour former une communauté résidant au même endroit. La taille de ces cohabitats peut varier. Ils comportent généralement entre 10 et 30 unités de logement.

Au Canada, il existe beaucoup d'obstacles réglementaires au développement de communautés semblables dont les membres se soutiennent les uns les autres. Les gens choisissent de vivre au sein d'une communauté en étant propriétaires de leur propre unité de logement, qui prend souvent la forme d'un appartement, mais ils doivent aussi s'entraider pour répondre aux besoins de chacun en même temps qu'à ceux de la collectivité.

Ce modèle de logement peut également à bien des égards être bon pour la santé. Les premières données disponibles indiquent d'ailleurs que les cohabitats peuvent faire en sorte que les gens vivent plus longtemps de façon autonome dans la communauté avant d'avoir besoin de soins plus soutenus.

Certains projets touchant les cohabitats en cours dans l'est du Canada produisent des résultats vraiment intéressants, car les groupes ne peuvent compter pour l'instant que sur un seul modèle véritable au pays pour l'organisation de ces communautés, soit celui des copropriétés. Ce ne sont pas toutes les femmes âgées qui ont les moyens d'acheter une résidence. Il n'y a pas de financement expressément prévu pour ces communautés. Il ne s'agit pas vraiment d'une solution de logement abordable. Les coûts correspondent simplement à ceux que l'on doit engager actuellement pour toute construction.

J'aimerais que l'on puisse réfléchir aux moyens à prendre pour appuyer l'innovation en matière de logement, et surtout de logement qui favorise l'esprit communautaire, l'engagement social et les interactions, mais il y a de nombreux obstacles d'ordre financier et réglementaire qui se dressent devant de telles initiatives.

J'aimerais que nous traitions maintenant des enjeux d'ordre économique. Nous avons tendance à négliger cet aspect, mais il y a un écart de revenu très considérable entre hommes âgés et femmes âgées. Cet écart s'explique par divers éléments qui ont façonné la vie de chacun, et notamment de toutes ces femmes qui ont consacré une bonne partie de leur vie à accomplir des tâches cruciales, mais souvent non rémunérées.

De nombreuses personnes, surtout parmi les femmes, qui arrivent à l'âge de la retraite n'ont accès qu'à la Sécurité de la vieillesse et au Supplément de revenu garanti comme sources de revenus. Les femmes âgées à faible revenu sont très nombreuses au Canada.

Nos programmes de soutien du revenu ne vont toutefois pas sans certaines complications. Nous devons bien sûr nous réjouir de vivre dans un pays offrant des mesures de soutien du revenu pour ses aînés, mais il faut savoir que la prestation maximale pour la Sécurité de la vieillesse est actuellement de 600 \$ par mois et qu'il faut pour y avoir droit être citoyen canadien ou avoir été un résident autorisé de notre pays pendant au moins 10 ans après sa majorité. C'est ainsi que certaines personnes âgées, surtout parmi celles issues de l'immigration, n'ont même pas accès à ce soutien financier minimal.

Le montant du Supplément de revenu garanti peut atteindre près de 900 \$ par mois pour ceux qui ont un très faible revenu. De nombreuses femmes âgées doivent s'organiser pour survivre en se fondant uniquement sur les prestations de la Sécurité de la vieillesse et du Supplément de revenu garanti.

J'ai par ailleurs pris connaissance de travaux de recherche indiquant qu'il est difficile pour certaines personnes de prendre les dispositions nécessaires pour avoir accès à ces formes de soutien financier, surtout dans le cas du Supplément de revenu garanti. Je pense que nous devrions nous interroger sur les moyens à mettre en oeuvre afin de mieux informer les aînés quant à la façon de s'y prendre pour bénéficier de ces mesures de soutien financier.

Je note également le nouveau crédit pour aidant naturel, un autre outil très précieux accessible aux Canadiens. Cependant, pour ceux qui apportent du soutien à leur conjoint, leur partenaire ou une autre personne à leur charge, comme un enfant ou un parent, c'est un programme qui...

• (1000)

La vice-présidente (Mme Pam Damoff): Docteure Weeks, c'est malheureusement tout le temps que vous aviez. Si vous avez d'autres renseignements à nous communiquer, peut-être pourriez-vous nous les transmettre en répondant à nos questions.

Je vais maintenant donner la parole à Mme Tania Dick pour son exposé. Merci de votre présence.

Mme Tania Dick (représentante de l'île de Vancouver, Colombie-Britannique, First Nations Health Council): Bonjour à tous et merci de votre invitation.

Je veux d'abord souligner que nous nous réunissons aujourd'hui sur le territoire traditionnel non cédé de la nation algonquine.

J'étais très enthousiaste à l'idée de venir vous parler des soins aux aînés, car nous devons absolument nous intéresser à cet enjeu d'importance pour l'ensemble de notre pays. Je me réjouis tout particulièrement à la perspective de pouvoir vous exposer le point de vue autochtone sur ces questions.

Je vous suis également reconnaissante de m'avoir donné l'occasion d'entendre le témoignage de la Dre Weeks.

Je suis infirmière autorisée et je représente le First Nations Health Council, groupe de défense des intérêts des Autochtones en matière de santé en Colombie-Britannique. Nous relevons maintenant de l'Autorité sanitaire des Premières Nations de la Colombie-Britannique. Nous avons pris le relais de Santé Canada, dont le travail s'arrête désormais à notre frontière avec l'Alberta, en mettant sur pied un programme d'inspiration communautaire dans le respect des Premières Nations. La transformation nécessaire à cette fin est en cours.

Les soins aux aînés représentent un enjeu fondamental pour notre conseil. Nous avons constaté que la majorité de nos aînés — que nous séparons en deux groupes à compter de 50 ans — finissent par quitter la communauté pour se tourner vers les services provinciaux afin d'obtenir les soins que leur état requiert. Nos communautés doivent se contenter de la visite d'un médecin qui y atterrit à toutes les deux semaines, voire à tous les mois. L'état de santé de nos aînés se détériore graduellement jusqu'à un point où ils doivent déménager en ville pour se rapprocher des services de santé dont ils ont besoin. À partir de ce moment-là, ils ne relèvent plus à proprement parler de l'Autorité sanitaire des Premières Nations et doivent s'en remettre aux services provinciaux de santé. Les mesures d'application générale qui sont prises à l'échelon fédéral ont donc une incidence sur les communautés autochtones par le truchement des programmes provinciaux.

En Colombie-Britannique, nous avons pris en charge en 2013 la totalité des programmes et des services relevant jusqu'alors de Santé Canada par l'entremise de sa Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, région du Pacifique. Nous voulions transformer radicalement le bilan de santé et de bien-être des Premières Nations de la province en améliorant du tout au tout les soins qui leur sont dispensés. La mise en place d'une nouvelle organisation nous offre l'occasion de travailler en partenariat avec les intervenants provinciaux. La mise en commun des données compilées par chacun nous permet de déterminer ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas, et de cerner les lacunes à combler, une indication des plus précieuses pour pouvoir aller de l'avant. Comme Santé Canada faisait en quelque sorte cavalier seul dans ce domaine depuis un bon moment déjà, c'est un grand pas dans la bonne direction. Une telle collaboration entre tous les intervenants provinciaux est vraiment essentielle pour que les lacunes relevées puissent être corrigées. C'est une autre démarche qui suscite énormément d'enthousiasme.

Pour les fins du sujet à l'étude aujourd'hui, nous avons analysé l'accès aux soins de santé et aux médicaments, en nous intéressant notamment aux données sur les maladies chroniques. Nous avons utilisé pour ce faire la grille d'analyse du système de santé pour les aînées des Premières Nations de la Colombie-Britannique, avec répartition entre deux groupes d'âge: 50 à 64 ans, et 65 ans et plus. Dans le cadre de cet exercice, nous avons tenu compte de l'âge à partir duquel un membre d'une Première Nation est considéré comme un aîné. Cet âge peut varier d'une communauté à l'autre dans la province.

Parmi les grandes tendances que nous avons pu cerner en préparant notre comparution d'aujourd'hui, on peut noter le fait que les femmes autochtones de 50 ans et plus ont nettement plus souvent recours aux soins de santé primaires dispensés dans les hôpitaux, et surtout par les services d'urgence. En 2014-2015, les femmes autochtones de 50 à 64 ans étaient proportionnellement un peu plus de deux fois plus nombreuses à se présenter aux urgences pour obtenir des soins primaires de base.

Ces mêmes femmes des Premières Nations ont moins souvent accès aux soins primaires de base en dehors du cadre hospitalier. Comme je l'indiquais précédemment, tout dépendant de la manière dont nous acquérons ces services ainsi que de la mesure dans laquelle les différentes communautés sont isolées et éloignées. Il se dégage une tendance générale qui voit la plupart de nos communautés acquérir de tels services pour assurer un accès continu, uniforme, adéquat et sûr à des soins de santé primaire dans la collectivité, surtout pour nos aînés...

Dans le cadre de notre analyse des médicaments prescrits, nous avons étudié 56 000 dossiers du régime d'indemnisation pour des membres des Premières Nations, et des femmes tout particulièrement. Parmi nos principaux constats, soulignons le fait que les femmes autochtones de 50 ans et plus sont nettement plus susceptibles que les autres femmes de la province de se voir prescrire des médicaments pour l'hypertension...

• (1005)

La vice-présidente (Mme Pam Damoff): Puis-je vous interrompre un instant? La sonnerie se fait entendre pour nous indiquer que nous devons aller voter.

Je dois obtenir le consentement uniquement du Comité pour que nous puissions poursuivre, question de permettre à Mme Dick de terminer son exposé.

Rachael, est-ce que cela vous convient?

Mme Rachael Harder: Oui.

La vice-présidente (Mme Pam Damoff): D'accord. Vous pouvez poursuivre.

Mme Tania Dick: Je ne suis pas certaine de vouloir aborder le sujet, mais les statistiques démontrent que nous faisons partie des gens les moins en santé au pays, et ce, depuis plusieurs générations. Il s'agit donc de constater encore une fois cet état de fait. Nous devons déterminer comment nous allons nous y prendre pour renverser la vapeur en transformant ces mécanismes qui nous donnent accès aux services de santé.

Parmi les principaux éléments qui sont ressortis de nos discussions et de notre analyse des données, il faut souligner les enjeux liés à la santé mentale et au mieux-être. Les données nous viennent uniquement des dossiers établis par les médecins concernant notamment leurs visites et les cas d'hospitalisation pour problèmes de santé mentale ou de toxicomanie. L'optique est toutefois un peu différente lorsque nous parlons avec nos infirmières... Nous avons accès à quelques-unes des infirmières qui travaillent dans nos communautés, et leur apport me touche beaucoup. J'ai même discuté de ces questions avec ma propre mère, elle-même une ancienne infirmière. Elle a maintenant 74 ans et mon père en a 68. Mes parents sont donc au coeur même de cette réflexion. Ils font maintenant partie des aînés au sein de leur communauté. Ils sont les premiers survivants des pensionnats indiens à atteindre ce groupe d'âge. C'est vraiment le point d'ancrage de toute cette démarche raisonnée pour traiter les traumatismes fragilisant la santé mentale. Il faut s'assurer de leur offrir un éventail de programmes et de services adaptés à leur situation de telle sorte qu'ils puissent vivre aussi sainement que possible dans les circonstances. Les services offerts à l'ensemble de la population ne sont pas efficaces pour les Autochtones qui ont besoin d'un soutien tenant davantage compte des traumatismes vécus. Je crois que nous profitons là d'une excellente occasion de donner suite aux recommandations de la Commission de vérité et de réconciliation en mettant à niveau notre système de santé pour que tous nos aînés puissent en bénéficier. En commençant à songer à l'éventuel décès de mes parents, je me suis rendu compte qu'ils font partie de la première cohorte de survivants des pensionnats indiens, un constat plutôt bouleversant.

Notre analyse des données nous a mené à formuler différentes recommandations mettant notamment bien sûr en lumière la nécessité d'un accès accru à des services de santé de meilleure qualité, surtout pour ce qui est des soins primaires.

Une présence plus soutenue de médecins généralistes peut faciliter l'accès aux soins tertiaires et à d'autres importants services susceptibles d'améliorer la santé et le bien-être des femmes âgées des Premières Nations. Voici maintenant un résumé des recommandations que nous souhaiterions vous soumettre à la lumière de cette mise en commun des ressources et de nos consultations auprès des intervenants du milieu en Colombie-Britannique.

Il faut d'abord améliorer les programmes de soins à domicile et dans la communauté, car bon nombre des patients qui obtiennent leur congé de l'hôpital ont besoin d'un suivi lorsqu'ils rentrent chez eux. Ma mère en est d'ailleurs un excellent exemple. Elle s'est fait remplacer les deux hanches et a finalement perdu toute mobilité. Elle s'est ainsi retrouvée dans un fauteuil roulant et avait besoin de nombreux soins à domicile. Nous avons dû la déménager à l'extérieur du village. Comme elle vit maintenant en dehors de la réserve, elle n'est plus admissible aux services de santé gérés par les Autochtones. Elle ne vit pas assez près de l'autorité sanitaire pour pouvoir bénéficier des services provinciaux, si bien que l'accès aux soins est difficile pour elle. Il faut vraiment qu'il y ait collaboration entre les instances fédérales et provinciales de manière à assurer le maintien des services pour ces patients à leur sortie des établissements de soins actifs. Les activités de nos laboratoires et de nos services de radiographie doivent s'arrêter à 15 h, soit l'heure à laquelle le technicien quitte pour aller prendre son traversier. Il faut ensuite mettre les patients dans une ambulance pour un trajet de deux heures et un tour de traversier. Il n'est pas rare qu'une fois leurs tests terminés, ces gens-là obtiennent leur congé et se retrouvent à la sortie sans accompagnement, sans portefeuille et en jaquette d'hôpital. C'est le genre de situation qui se répète trop souvent dans nos communautés.

Il convient par ailleurs d'intensifier les efforts de promotion de la santé publique auprès des gens, des communautés et de l'ensemble de la population, et d'améliorer la gamme de programmes offerts afin de réduire la prévalence des maladies chroniques chez les membres des Premières Nations. L'Autorité sanitaire des Premières Nations intervient déjà en ce sens dans le cadre d'une approche d'inspiration communautaire respectueuse des différentes nations, mais il faut que cette volonté se concrétise également à l'échelon provincial. Nous

devons trouver des façons de collaborer en ce sens, car la majorité de nos gens vivent à l'extérieur des réserves et n'ont pas accès à ces programmes.

Il est absolument essentiel que nous rendions l'accès aux soins primaires plus facile pour les membres des Premières Nations. Il faut en outre prévoir un traitement prioritaire des enjeux liés à la santé mentale et au mieux-être, en incluant les problèmes de toxicomanie et les besoins en la matière.

À mon sens, il importe d'abord et avant tout de revenir sans cesse à la charge afin d'instaurer au sein de notre système de santé un climat davantage axé sur la sécurisation culturelle et l'humilité par rapport à nos points de vue respectifs. Je fais partie intégrante de cette réalité culturelle, et je peux vous dire que nous nous heurtons jour après jour à ces obstacles. Nous devons chercher des solutions tous ensemble sans quoi il y aura une incidence directe sur l'état de santé des Autochtones, qu'ils vivent dans une réserve ou non.

Je crois que c'est tout pour l'instant.

● (1010)

La vice-présidente (Mme Pam Damoff): Nous allons devoir mettre fin à la séance, car nous n'aurons pas le temps de reprendre nos travaux après les votes à la Chambre. Est-ce que mes collègues du Comité voudraient que nous convoquions de nouveau ces témoins pour pouvoir leur poser des questions? Oui. D'accord. Notre greffière va prendre les dispositions nécessaires à cette fin. Je suis vraiment désolée d'avoir dû vous interrompre, car vos deux exposés étaient des plus intéressants.

Avant de lever la séance, je tiens à vous informer que notre réunion de jeudi sera télévisée. Nous recevrons alors les représentants de l'Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées, du réseau FADOQ et de l'Association canadienne des individus retraités. Mmes Catherine Twinn et Madeleine Bélanger témoigneront également à titre personnel.

Sur ce, je remercie à nouveau nos témoins que nous reverrons sous peu.

La séance est levée.

Publié en conformité de l'autorité
du Président de la Chambre des communes

PERMISSION DU PRÉSIDENT

Les délibérations de la Chambre des communes et de ses comités sont mises à la disposition du public pour mieux le renseigner. La Chambre conserve néanmoins son privilège parlementaire de contrôler la publication et la diffusion des délibérations et elle possède tous les droits d'auteur sur celles-ci.

Il est permis de reproduire les délibérations de la Chambre et de ses comités, en tout ou en partie, sur n'importe quel support, pourvu que la reproduction soit exacte et qu'elle ne soit pas présentée comme version officielle. Il n'est toutefois pas permis de reproduire, de distribuer ou d'utiliser les délibérations à des fins commerciales visant la réalisation d'un profit financier. Toute reproduction ou utilisation non permise ou non formellement autorisée peut être considérée comme une violation du droit d'auteur aux termes de la *Loi sur le droit d'auteur*. Une autorisation formelle peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite au Bureau du Président de la Chambre.

La reproduction conforme à la présente permission ne constitue pas une publication sous l'autorité de la Chambre. Le privilège absolu qui s'applique aux délibérations de la Chambre ne s'étend pas aux reproductions permises. Lorsqu'une reproduction comprend des mémoires présentés à un comité de la Chambre, il peut être nécessaire d'obtenir de leurs auteurs l'autorisation de les reproduire, conformément à la *Loi sur le droit d'auteur*.

La présente permission ne porte pas atteinte aux privilèges, pouvoirs, immunités et droits de la Chambre et de ses comités. Il est entendu que cette permission ne touche pas l'interdiction de contester ou de mettre en cause les délibérations de la Chambre devant les tribunaux ou autrement. La Chambre conserve le droit et le privilège de déclarer l'utilisateur coupable d'outrage au Parlement lorsque la reproduction ou l'utilisation n'est pas conforme à la présente permission.

Aussi disponible sur le site Web de la Chambre des communes à l'adresse suivante : <http://www.noscommunes.ca>

Published under the authority of the Speaker of
the House of Commons

SPEAKER'S PERMISSION

The proceedings of the House of Commons and its Committees are hereby made available to provide greater public access. The parliamentary privilege of the House of Commons to control the publication and broadcast of the proceedings of the House of Commons and its Committees is nonetheless reserved. All copyrights therein are also reserved.

Reproduction of the proceedings of the House of Commons and its Committees, in whole or in part and in any medium, is hereby permitted provided that the reproduction is accurate and is not presented as official. This permission does not extend to reproduction, distribution or use for commercial purpose of financial gain. Reproduction or use outside this permission or without authorization may be treated as copyright infringement in accordance with the *Copyright Act*. Authorization may be obtained on written application to the Office of the Speaker of the House of Commons.

Reproduction in accordance with this permission does not constitute publication under the authority of the House of Commons. The absolute privilege that applies to the proceedings of the House of Commons does not extend to these permitted reproductions. Where a reproduction includes briefs to a Committee of the House of Commons, authorization for reproduction may be required from the authors in accordance with the *Copyright Act*.

Nothing in this permission abrogates or derogates from the privileges, powers, immunities and rights of the House of Commons and its Committees. For greater certainty, this permission does not affect the prohibition against impeaching or questioning the proceedings of the House of Commons in courts or otherwise. The House of Commons retains the right and privilege to find users in contempt of Parliament if a reproduction or use is not in accordance with this permission.

Also available on the House of Commons website at the following address: <http://www.ourcommons.ca>